

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° 645

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice LAVIE

né le 3 décembre 1908, à Abos (B.-P.).

Contribution à l'étude des
hernies de l'appendice dans le
canal inguinal gauche

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice LAVIE

né le 3 décembre 1908, à Abos (B.-P.).

Contribution à l'étude des
hernies de l'appendice dans le
canal inguinal gauche

Président : M. OMBRÉDANNE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1935

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPEL.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMTIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉARNARD (Henri) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
BÉARNARD (Étienne) Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
GALLIARD Parasitologie.	JOANNON Hygiène.
GASTINEL Bactériologie.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
	LACOMME Obstétrique.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BEZANÇON
 (Justin) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DUVOIR.
 DONZELOT.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLÉ
 FREY

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.
 Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

AUX MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades
Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAPIN

Chirurgien de l'Hôpital du Mans

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses conseils.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELAUNAY

Médecin de l'Hôpital du Mans

Dont nous fûmes l'interne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRANVAL

Médecin de l'Hôpital du Mans

Dont nous fûmes l'interne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURY

Médecin de l'Hôpital du Mans

Dont nous fûmes l'interne.

A MONSIEUR
LE MÉDECIN COMMANDANT FLEURANT

Electro-radiologiste de l'Hôpital militaire du Mans

Qui nous a aidé dans ce travail.

AVANT-PROPOS

Il arrive fréquemment au chirurgien, au cours d'une opération pour cure radicale, de trouver l'appendice dans un sac herniaire.

Cette découverte, fréquente à droite, doit être exceptionnelle à gauche puisque nous n'en avons pas retrouvé d'exemple dans les publications médicales.

L'observation que nous publions, les raisons anatomiques et embryologiques que nous allons apporter, obligent à ne pas éliminer d'emblée l'appendicite en présence de phénomènes critiques ayant pour siège une hernie inguinale gauche.

NOTIONS D'ANATOMIE

Il est logique de penser que plus le cæcum est bas situé, plus il a de chance de s'engager dans le canal inguinal. Il en est de même à fortiori pour l'appendice. Divers auteurs ont étudié la topographie du cæcum. Voici les résultats de la statistique la plus précise, celle d'ALGLAVE :

1° Chez l'enfant, les positions iliaques hautes et iliaques moyennes sont les plus fréquentes avec respectivement 31 et 55 cas sur 100.

2° Chez l'adulte, on trouve sur 108 cas examinés :

11 situations iliaques supérieures;

46 situations iliaques moyennes;

51 situations iliaques inférieures avec seulement 4 dans le pelvis, associées en général à une ptose viscérale très accentuée.

En résumé, chez l'adulte, dans plus de la moitié des cas, le cæcum est en iliaque inférieure et peu éloigné de l'orifice profond du canal inguinal.

Quant à l'appendice, rattaché au cæcum, il présente les mêmes rapports généraux que lui; sa situation varie d'ailleurs, continuellement, chez un même individu. Cependant, on peut schématiser ses positions en :

a) position sous-cæcale : l'appendice pend au-dessous et généralement à gauche du cæcum.

b) position pré-cæcale : il se courbe en haut et en

avant, passe sur la paroi antérieure du cæcum, soit transversalement, de gauche à droite, soit verticalement en haut, en suivant le bord interne de cette paroi.

c) position rétro-cæcale : l'appendice se recourbe en haut et en arrière, passe derrière le cæcum et le colon ascendant, tantôt entièrement appliqué à leur paroi postérieure, tantôt libre, et mobile et, par son extrémité libre, il se porte à droite vers le rein droit et le foie, ou bien à gauche vers la face postérieure de l'extrémité terminale de l'iléon et du mésentère. Souvent, il contracte des adhérences avec ces divers organes.

d) position latéro-cæcale : l'appendice contourne le fond du cæcum et monte sur la face latérale droite, ou se porte à gauche et longe la portion terminale de l'iléon.

En résumé, chez l'adulte, les positions iliaques inférieures pour le cæcum, les positions sous-cæcales pour l'appendice sont le plus fréquemment rencontrées. Ceci démontre la possibilité de pénétration de ces organes dans le canal inguinal droit, puisque le cæcum est normalement placé à droite.

A ces facteurs d'ordre topographique s'en ajoutent quelques autres d'ordre pathologique qui peuvent séparément favoriser la production de hernies appendiculaires. Ce sont :

a) la distension du cæcum dont le fond s'abaisse d'autant plus qu'il est dilaté.

b) la longueur plus ou moins grande de l'appendice.

c) la laxité des mésos que je vais expliquer par l'embryologie dans le chapitre suivant.

Pour qu'il y ait appendicocèle gauche, il faut que le cæcum étant bas situé et à droite, il y ait des mésos très

longs; ou bien il faut que le cæcum soit à gauche, cette inversion, étant due à un arrêt d'évolution de la masse intestinale au cours de la vie embryonnaire. Je n'en veux pour preuve que les quelques notions suivantes d'embryologie.

NOTIONS D'EMBRYOLOGIE

Le tube digestif est, à l'origine, à peu près rectiligne.

Il est médian et rattaché au rachis par un mésentère dorsal. Sa croissance étant plus rapide que celle du corps de l'embryon, il s'infléchit d'une façon rigoureusement déterminée.

A) Vers la sixième semaine, sa situation est médiane et sagittale et l'on trouve de haut en bas :

a) l'estomac, dont le bord antérieur est concave, le bord postérieur convexe.

b) une anse à concavité postérieure, c'est le futur duodénum.

c) une autre beaucoup plus longue, à concavité postérieure elle aussi, lui succède : c'est l'anse intestinale. Ses deux extrémités sont, en haut l'angle duodéno-jéjunal, en bas l'angle splénique. Sa branche supérieure deviendra le grêle, l'inférieure le gros intestin. On remarque en particulier sur la branche inférieure une dilatation, le bourgeon cæcal; la partie de l'anse qui se trouve en amont formera le jéjuno-iléon; le reste, y compris le bourgeon cæcal, donnera le cæcum, le colon ascendant, le colon transverse.

d) la partie du tube digestif, allant de l'angle splénique à l'anus, donnera le colon descendant, le colon ilio-pelvien et le rectum.

L'anse intestinale a un axe constitué en arrière par l'ar-

rière mésentérique, en avant par le canal vitellin. C'est cette anse, et en particulier son bourgeon cæcal, qui nous intéresse seule dans le cas présent.

B) A l'inflexion du tube digestif en avant succède une rotation de 90° autour de la mésentérique comme axe : l'angle splénique est repoussé de haut en bas vers la gauche, l'angle duodéno-jéjunal de bas en haut vers la droite.

L'anse commune est alors située dans un plan horizontal. La rotation continue, l'angle splénique est vite arrêté dans son ascension par le foie. L'angle duodénal, que rien ne gêne, arrive à la ligne médiane, la dépasse.

En définitive, on a la masse grêle à gauche, le cæcum à droite.

C) Supposons maintenant qu'il se produise, dans la rotation autour de la mésentérique comme axe, un arrêt au moment où l'angle duodéno-jéjunal est à droite de la ligne médiane : le cæcum reste alors à gauche.

Il est à noter que, du fait de cette absence de torsion, le cæcum est relativement libre dans l'abdomen, étant rattaché à la paroi postérieure par un mésocolon. Cette anomalie anatomique explique la facilité de la descente du cæcum dans le canal inguinal.

Comment peut-on expliquer l'existence de ce mésocolon ? Normalement, une fois la rotation de l'anse commune terminée, le revêtement séreux de la face postérieure du colon ascendant et le feuillet postérieur de son mésocolon se soudent au péritoine pariétal. Y a-t-il défaut de torsion ? Le mésocolon ascendant et le péritoine pariétal n'effectuent pas leur coalescence, leur rencontre étant rendue difficile par l'interposition des anses grêles.

Le même phénomène se produit, entre parenthèse, pour le duodénum qui reste mobile au lieu d'être fixé à la paroi postérieure. Cæcum à gauche et mobile d'une part, duodénum mobile d'autre part, sont des affections qui vont de pair et sont dues à l'insuffisance de torsion de l'anse intestinale. On peut même dire qu'une de ces affections attire l'attention sur l'autre. Combien de fois est-il en effet arrivé qu'un malade atteint de duodénum mobile soit opéré pour appendicite (le duodénum mobile se caractérisant par des vomissements et un point douloureux siégeant à peu près au Mac Burney). Le chirurgien opère en employant la technique ordinaire : incision à droite au Mac Burney; il tombe sur le duodénum, les anses grêles et ne parvient pas à trouver le cæcum.

Exaspéré, il referme la paroi et demande un examen radiographique.

Ce dernier montre qu'on est en présence d'un duodénum mobile et d'une inversion intestinale avec sinistroposition du grêle et cæcum à droite. L'appendice n'est d'ailleurs pas, du fait de sa position à gauche, à l'abri d'une inflammation; dans ce cas, il convient de l'atteindre, soit par une incision à gauche, en un point symétrique du Mac Burney, soit par une incision médiane.

CONTENU DE LA HERNIE

Il est rare de trouver l'appendice seul dans une hernie inguinale. On le trouve le plus souvent avec le cæcum, avec une anse grêle, rarement avec un ovaire, une trompe, la vessie. Ces organes, en maintenant l'appendice contre les parois du sac, permettent la formation entre eux d'adhérences, réalisant ainsi la persistance de l'appendicocèle.

Par la suite, le cæcum, l'anse grêle, etc... peuvent réintégrer la cavité abdominale, et on a ainsi la formation d'une hernie uniquement appendiculaire.

FREQUENCE DE L'APPENDICOCELE

Sur 520 cas de hernies, dont 350 inguinales et 118 crurales, ESMOULT a trouvé 14 fois l'appendice dans une hernie, avec les proportions respectives suivantes : 11 inguinales, 2 crurales, 1 ombilicale.

BAZARDI, dans 98 cas d'appendicocèle pur, a trouvé : 57 fois l'appendice dans une hernie inguinale, 44 fois dans une hernie crurale, 1 fois dans une hernie obturatrice.

Il est à noter que ces hernies de l'appendice sont plus fréquentes chez les hommes et surviennent avec prédilection à un âge avancé.

SYMPTOMATOLOGIE

Le diagnostic de la hernie elle-même est chose facile. On ne peut en effet la confondre avec un abcès froid de mal de Pott, un testicule tuberculeux, un kyste du cordon, une hydrocèle vaginale, un varicocèle..., etc...

Le diagnostic du contenu est, dans le cas actuel, plus délicat. Y a-t-il ou n'y a-t-il pas appendicocèle ? Aucun signe spécial ne permet de l'affirmer. Certains auteurs préconisent la palpation et disent que l'on peut sentir l'appendice sous les téguments, sous forme d'un cordon isolable. Il n'en est rien en réalité, un nodule épiploïque allongé et mou donnant absolument la même impression.

Autant le diagnostic d'un appendicocèle simple est délicat, autant celui de ses complications est facile. Ces complications sont :

- 1° L'inflammation de l'appendice.
- 2° L'étranglement de la hernie.

Appendicite herniaire :

Tout organe ectopique est prédisposé à des localisations pathologiques. L'appendice hernié suit cette règle avec d'autant plus de facilité que sa situation sous la peau le rend accessible aux traumatismes.

Etudions la succession des symptômes qui peuvent nous permettre de faire le diagnostic d'une appendicite her-

niaire gauche, diagnostic auquel il faut penser et qu'on ne doit pas éliminer comme impossible du fait de la rareté des cas observés.

Il s'agit d'un individu qui présentait depuis quelque temps une tumeur herniaire à gauche; celle-ci devient dure, tendue. En même temps, le malade ressent des douleurs « très localisées à l'appendice hernié, survenant par paroxysmes de courte durée ». On est en présence d'une péritonite localisée, n'intéressant pas le péritoine abdominal, aussi l'état général est-il bon, du moins au début; les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz sont inconstants. La température est le plus souvent élevée, avec des variations fréquentes.

Les formes cliniques sont nombreuses, LÉVY décrit une forme phlegmoneuse, une forme aiguë, une forme subaiguë pouvant évoluer vers la chronicité : ce sont ces formes qui, pour LÉVY, pourraient être génératrices de pseudo-étranglements.

Le diagnostic est délicat par suite de la discrétion des signes généraux et de l'absence de réactions péritonéales. LÉVY donne comme principal signe « les douleurs paroxystiques en un point localisé de la hernie. »

On pourra éliminer cliniquement une adénite voisine; une affection testiculaire, surtout en cas d'ectopie; des lésions du cordon chez l'homme.

Chez la femme, il faudra penser à une affection du canal de Nüek, à une affection des grandes lèvres.

Plus difficile sera le diagnostic différentiel avec :

a) une épiplocèle enflammée et adhérente, mais de consistance plus molle.

b) l'inflammation d'un organe ectopique autre que l'appendice, à savoir : le diverticule de Meckel, l'ovaire, la trompe, la vessie, que l'on peut trouver dans la hernie.

Ces diagnostics sont pratiquement impossibles en clinique et ne se feront qu'à l'opération.

Le pronostic est grave, il dépend de la solidité des adhérences cloisonnant le sac, et surtout de l'extension des lésions au segment appendiculaire qui peut siéger librement dans la grande cavité péritonéale et y propager des lésions sérieuses.

Etranglement herniaire :

Son début est brusque. Chez un individu sans antécédents appendiculaires ou même digestifs, apparaît, à l'occasion d'un effort, une tumeur herniaire, immédiatement douloureuse. L'état général est altéré, il y a des vomissements. La température est normale. Comme il n'y a pas arrêt des matières et des gaz, on éliminera l'hypothèse d'un étranglement intestinal.

Pour LÉVY, l'étranglement, dans une hernie inguinale, de l'appendice seul, est impossible. Cependant quelques observations sont incontestables.

OBSERVATIONS

A la suite de ce court exposé, nous relaterons les observations ci-après :

1° Celle qui justifie ma thèse : c'est un cas d'appendicite gangréneuse dans une hernie inguinale gauche chez un bébé de neuf mois; cet appendicocèle était dû à une élongation des mésos.

2° Celle d'une inversion intestinale chez un adulte; je prouverai ainsi la possibilité d'un appendicocèle inguinal gauche dans ce cas.

3° Celle d'une hernie inguinale droite congéniale ayant isolé dans son sac l'appendice.

OBSERVATION I

Martin Raoul, 16 mois, entre à l'hôpital du Mans, service du Docteur PAPIN, le 26 mai 1933, pour tumeur irréductible de la bourse gauche.

L'enfant a trois petits frères normaux, bien portants, ses parents sont en bonne santé, la mère n'a pas eu de fausse couche. Personnellement, il est né à terme; l'accouchement a été normal. A sa naissance, il ne présentait aucune malformation.

Six semaines après, ses parents constatent l'apparition dans l'aîne d'une petite grosseur du volume d'une noisette;

elle augmente progressivement jusqu'à six mois, sans qu'on puisse savoir si elle était réductible ou non. Elle devient du volume d'un œuf, reste constamment en dehors, nous disent les parents. L'enfant ne s'en plaint point, ses fonctions sont normales, et sa famille ne semble pas s'être inquiétée de cette grosseur. Il se plaint cependant quelquefois du ventre, mais il est très rarement constipé.

Le 25 mai 1933, il commence à se plaindre de cette grosseur, on le couche, et ce jour, il a deux selles normales. Cette indisposition coïncide avec une légère bronchite.

Le 26, l'état reste le même, il présente une sensibilité légère au niveau de sa tumeur inguinale; le médecin appelé envoie le malade en observation à l'hôpital.

A l'examen, à son arrivée, vers 10 heures, nous avons affaire à un bébé bien portant d'apparence. Quelques gros râles disséminés dans la hauteur des deux poumons; il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines, seulement quelques traces d'acétone. Localement, on trouve dans la région inguinale gauche une tumeur rénitente du volume d'un gros œuf de poule, les téguments ne sont pas modifiés d'apparence, la palpation n'est pas très douloureuse; le bébé pleure, mais il est très difficile de se rendre compte, si c'est à cause de la douleur ou de la pression, étant donné que les larmes cessent avec l'examen.

L'abdomen n'est pas ballonné, il est souple.

Pendant l'examen, le bébé émet des gaz et des matières moulées. Il n'y a pas eu de vomissement.

La température est à 37°5, le pouls à 80.

Le diagnostic de hernie étranglée paraissant à éliminer, la légère bronchite de l'enfant fait surseoir à l'intervention.

Le petit malade est laissé au liquide; le soir, rien n'a changé; la température est à 37°8, le pouls à 85; le tableau clinique est le même, le petit malade est calme, l'abdomen

est souple (un kyste du cordon ou une hydrocèle cadraient avec cet état général).

L'enfant passe une bonne nuit.

Le lendemain, température à $36^{\circ}9$, le pouls s'est légèrement accéléré à 100; mais ce signe est chez les enfants difficile à interpréter.

Revu le soir à cinq heures, le tableau s'est brusquement modifié :

La température est à $39^{\circ}4$.

Le pouls est incomptable.

Il y a eu un vomissement poracé.

Tout l'abdomen est sensible et les muscles contracturés.

Les phénomènes péritonéaux sont évidents en même temps que, localement, la petite tumeur est brusquement devenue rouge, sensible et lisse.

Intervention, incision de la hernie dans un tissu œdémateux; on trouve un péritoine épaissi qui donne issue à un liquide purulent assez abondant et on aperçoit une masse presque du volume du pouce, verdâtre, recouverte de fausses membranes. (Il semblerait qu'on a affaire à une anse intestinale gangrénée).

Après avoir libéré avec difficulté, on se rend compte que l'on est en présence d'un appendice.

On réussit à l'isoler, on pince le méso, on attire l'appendice dans la cicatrice après avoir légèrement prolongé l'incision vers le haut. L'implantation du cæcum est d'apparence gangréneuse sur une surface d'une pièce de un franc.

L'appendice est lié en tissu mortifié, les parois du cæcum sont enfouies par une bourse en tissu sain et consolidées par quelques points de catgut séro-séreux. Une fois le cæcum réduit, il s'écoule de la cavité péritonéale un liquide séro-purulent malodorant. Etant donné le mauvais état du fond du cæcum, il est prudent de laisser un drain.

Le péritoine est décollé en collerette et refermé sur ce drain.

Cure de hernie très atypique, étant donné l'état des tissus.

Le drain est extériorisé par une contre ouverture au fond de la bourse.

Les jours suivants, la température se maintient en plateau au-dessous de 39° .

Le 6 juin, ablation du drain; la température commence à descendre à partir de ce moment.

Le 21, alors que la température est à $36^{\circ}8$ le matin, $37^{\circ}5$ le soir, on doit passer le bébé à l'isolement pour rougeole.

Il revient le 14 mai 1934 pour le second temps de l'opération, la cure radicale de la hernie.

La température est, à l'entrée de $37^{\circ}5$.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines; la réaction de l'acétone est assez forte.

L'opération a lieu le lendemain. Anesthésie au chloroforme.

Après aseptie de la peau, on l'incise ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané; on tombe sur l'aponévrose du grand oblique que l'on incise et que l'on rabat en haut et en bas; on aperçoit alors la masse du cordon contenant le sac herniaire. Son extrémité supérieure pénètre dans l'abdomen par un chevron presque horizontal, à sommet en dehors, constitué par le petit oblique et le crémaster; on l'écarte de façon à voir la racine du sac.

A l'aide d'une pince de Kocher, on cherche un plan de clivage entre les éléments du cordon d'une part et le sac d'autre part; on met une ligature seulement sur ce dernier. On oblitère le canal péritonéo-vaginal en le « retournant » comme on retourne une vaginale pour faire une cure radicale de l'hydrocèle vaginale.



Radiographie intestinale prise par lavement baryté avant la deuxième intervention. Elle nous montre un cæcum coudé dont l'extrémité inférieure est située très à gauche. Son extrémité supérieure étant à droite, cette coudure s'explique par l'existence d'un mésocolon lâche. On comprend que dans ce cas, l'appendice ait pu facilement rentrer dans le canal inguinal gauche.

Puis on procède à la reconstitution de la paroi. A l'aide d'une aiguille de Reverdin, type adulte, on charge le feuillet de l'aponévrose du grand oblique et l'arcade de Fallope, puis l'aiguille, passant au-devant du cordon et du sac retourné, charge successivement la masse charnue du petit oblique et du transverse, ensuite le lambeau supérieur de l'aponévrose du grand oblique relevé et rabattu sur le ventre.

On place trois points séparés de catgut; on les noue seulement quand tous sont en place, le plus interne étant lié en dernier lieu. Au moment de serrer les fils, on rabat d'abord de bas en haut le lambeau aponévrotique inférieur, puis, par-dessus, lui, de haut en bas, le lambeau aponévrotique supérieur.

Les jours suivants, la température est à 37-38°.

L'enfant quitte l'hôpital le 27 mai 1934.

OBSERVATION II (Docteur FLEURANT).

Monsieur A., 45 ans, nous est adressé par le centre de réforme pour douleurs en différents points de l'abdomen. Ces douleurs sont permanentes et augmentent considérablement au moindre effort. Il souffre, dans la région du creux épigastrique, deux heures environ après les repas; la douleur dure une heure environ, puis s'atténue et disparaît; elle a cessé quand arrive l'heure du repas suivant. Les digestions sont difficiles, il y a, après les repos, outre la douleur, une sensation de pesanteur, de pyrosis, des régurgitations acides et parfois des vomissements alimentaires.

A des périodes de constipation succèdent des débâcles diarrhéiques. De plus, le malade se plaint d'insomnies fréquentes, de coliques nocturnes qui sont suivies de diarrhées matinales.

Il a consulté différents médecins. Certains l'ont soigné pour une dilatation d'estomac, d'autres ont incriminé l'entéro-colite. On a également parlé d'appendicite et conseillé l'opération. Il a enfin été soumis à deux examens radiologiques dont je n'ai pu connaître les conclusions.

C'est muni de ces précieux renseignements que je pratique un examen radiologique de M. A.

Poumons, cœur, foie, rate sont normaux.

L'examen de l'estomac se pratique suivant la technique ordinaire, après ingestion de 300 cm³ de bouillie barytée.

Il montre un estomac dont le remplissage est contrarié par une aérocolie notable. Il est fortement allongé, son bas-fond descend à un travers de main et demi au-dessous de la ligne des crêtes. La poche à air, périforme, est de très grande dimension. La palpation en est indolore.

Les contractions, qui n'ont aucune précocité particulière, sont d'abord d'intensité et de rythme normaux, mais bientôt elles s'accroissent et segmentent complètement l'organe;

rapidement apparaît une certaine quantité de liquide d'hypersécrétion.

Rien en somme d'extraordinaire : estomac banal de sédentaire amaigri, allongé, et suppléant à sa position défavorable par une hyperkynésie modérée.

L'examen du duodénum est moins banal. Le bulbe a bien sa forme triangulaire avec bords convexes et réguliers, mais il est de petit calibre et légèrement incliné vers la gauche. La première portion est bien située à sa place normale, mais n'est pas suivie comme d'habitude d'une deuxième portion verticale, formant avec les troisième et quatrième, un cadre d'aspect plus ou moins régulier. La baryte chemine ici suivant un trajet sinueux, elle descend d'abord vers la droite, puis remonte à droite de la colonne lombaire et enfin redescend le long d'une anse grêle que nous reconnaissons à son aspect en barbe de plume.

Le trajet duodénal n'est jamais bien rempli ; il n'est non plus jamais complètement vide. En palpant le sujet, on réussit à mobiliser le duodénum ; l'angle duodéno-jéjunal lui-même se déplace légèrement.

Si nous faisons coucher notre malade, le duodénum se déroule en partie et prend la forme d'une anse à concavité tournée vers la droite.

Nous avons l'impression que nous sommes en présence d'un de ces duodénums mobiles, si bien connus aujourd'hui, que l'an dernier, le Professeur Pierre DUVAL proposait pour eux, dans la Revue de chirurgie, une technique de fixation. Mais là ne devait pas se borner l'intérêt présenté par notre sujet. En effet, continuant à suivre le trajet du repas opaque, nous le voyons remplir une anse jéjunale située dans la région sous-hépatique, et, de là, descendre verticalement vers le petit bassin.

Deux heures après l'ingestion barytée, l'estomac est complètement vide, les anses grêles remplies sont situées dans

le flanc et la fosse iliaque droite ainsi que dans le petit bassin; les dernières sont fixées derrière le pubis.

On voit dans la fosse iliaque gauche se dessiner le fond cæcal. On croit même voir l'appendice, en forme de crochet, tourné vers la droite.

Un nouvel examen aux six heures confirme cette position du colon à gauche. Il se forme en haut un angle auquel nous ne saurions donner un nom, suivant notre habitude d'appeler angle hépatique celui situé à droite en angle splénique celui de gauche.

Le malade n'a pu être revu aux vingt-quatre heures, pour des circonstances étrangères à notre volonté. On n'a pas non plus jusqu'à ce jour fait la contre-épreuve après lavement baryté.

PLANCHE II.



Radiographie de cet homme qui nous montre la masse intestinale à droite et le cæcum à gauche. Dans ce cas également, il y a possibilité d'appendicite inguinale gauche.

OBSERVATION III

Cette autre observation, assez curieuse, concerne une hernie inguinale droite ayant isolé dans son sac l'appendice.

Vincent Raymond, 7 ans, entre à l'hôpital du Mans, service du Docteur PAPIN, le 25 octobre 1933. Il se plaint depuis quelques temps de sensibilité du cordon et c'est pour cela que son médecin l'envoie.

A l'examen, on trouve un orifice externe du canal inguinal large, avec, à l'intérieur, un cordon d'une épaisseur anormale et sensible à la palpation. Il n'y a pas d'impulsion intestinale. L'enfant se plaint de coliques; la constipation est continuelle; on ne retrouve pas de crise appendiculaire dans ses antécédents.

On intervient le 28 octobre; anesthésie au Schleich. Après une incision ordinaire de hernie inguinale, on ouvre le sac; on y trouve un appendice collé aux parois dans toute son étendue. Il y a une légère réaction séreuse. On isole l'appendice des éléments du cordon auxquels il est collé, mais on ne réussit pas à entrer dans la cavité abdominale avec une sonde cannelée, la base de l'appendice étant collée d'une façon absolue à l'orifice du sac. Appendicectomie; la ligature de l'appendice obture totalement l'orifice du sac. Cure radicale de la hernie par retournement du sac, suivant le procédé Ombrédanne.

Les suites opératoires sont banales.

CONCLUSIONS

Du rapide exposé que nous venons de faire, il ressort que la présence d'un appendice dans une hernie inguinale gauche est favorisée :

1° Chez l'adulte, par une inversion totale de l'intestin, inversion dont les radiographies, faites en série, nous ont montré la relative fréquence.

2° Chez l'enfant, d'après l'observation que nous apportons, elle paraît plus facilement due, à l'élongation fréquente des mésocolons à cet âge.

Dans ces deux cas, en effet, le cæcum peut arriver en face de l'orifice profond du canal inguinal gauche, y pénétrer, et, en maintenant l'appendice contre les parois du sac, permettre la formation d'adhérences, réalisant ainsi la persistance de l'appendicocèle.

Nous ne voyons donc aucune raison pour qu'il y ait moins d'appendicites herniaires à gauche qu'à droite. Notre observation apporte d'ailleurs la preuve de leur possibilité.

La conclusion pratique que l'on semble devoir tirer de cette thèse est la suivante :

En présence de phénomènes critiques ayant pour siège une hernie inguinale gauche, il ne faut pas éliminer d'emblée, le diagnostic d'une appendicite aiguë. Cela nous amène à prescrire l'intervention immédiate.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :

Le Président de la Thèse,
OMBRÉDANNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNER. — Anomalies des viscères abdominaux, origines d'erreurs diagnostiques. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, N° 10, 9 mars 1934.)
- CAMENTRON et EBER. — L'inversion viscérale en clinique. (*Strasbourg Médical*, 85 : 206-208, 20 juillet 1927.)
- KATZMANN. — Contribution à l'étude de la situation inverse des viscères. (*Revue française de Pédiatrie*, 9 : 640-651, 1933.)
- LE GOFF. — Inversion sous-diaphragmatique des organes. (*Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France*, 15 : 331, déc. 1927.)
- LEVRIER. — Sur un cas d'inversion des organes sous-diaphragmatiques. (*Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France*, N° 191, juillet 1932.)
- MATHIEU. — Un cas de transposition de la totalité du gros intestin à gauche de la ligne médiane; arrêt de la torsion intestinale embryonnaire. (*Soc. gastro-entérol.*, 1925.)
- NAVARRE et LAMBOT-MIRAVAL. — Deux cas d'inversion viscérale en miroir. (*L'année médicale de Caen et de Basse Normandie*, N° 7, juillet 1932.)
- OMBRÉDANNE. — Précis de chirurgie infantile.
- POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine.
- VASSELLE. — Transposition du gros intestin à gauche de la ligne médiane. (*Soc. Gastro-entérol.*, 1926.)

